VIII kadencja

SEJM RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

KANCELARIA SEJMU
Biuro Komisji Sejmowych

PEŁNY ZAPIS PRZEBIEGU POSIEDZENIA

■ **Komisji Polityki Senioralnej**
(nr 18)
z dnia 5 lipca 2016 r.

Pełny zapis przebiegu posiedzenia

Komisji Polityki Senioralnej (nr 18)

5 lipca 2016 r.

Komisja Polityki Senioralnej, obradująca pod przewodnictwem połów: **Małgorzaty Zwiercan (WiS)**, przewodniczącej Komisji, i **Michała Szczerby (PO)**, zastępcy przewodniczącej Komisji, rozpatrzyła:

– informację Ministra Zdrowia i Ministra Skarbu Państwa na temat funkcjonowania lecznictwa uzdrowiskowego w zakresie potrzeb osób starszych;

– informację Ministra Zdrowia na temat rehabilitacji osób starszych;

W posiedzeniu udział wzięli: **Piotr Warczyński** podsekretarz stanu Ministerstwa Zdrowia wraz ze współpracownikami, **Ewa Sibrecht-Ośka** dyrektor Departamentu Nadzoru Właścicielskiego Ministerstwa Skarbu Państwa wraz ze współpracownikami, **Anna Chabiera** członek zespołu do spraw równego traktowania Biura Rzecznika Praw Obywatelskich, **Janusz Szymborski** wiceprzewodniczący Obywatelskiego Parlamentu Seniorów, **Marzena Rudnicka** prezes Krajowego Instytutu Gospodarki Senioralnej wraz ze współpracownikami, **Rafał Czepil** wiceprezes Towarzystwa Funduszy Inwestycyjnych, **Jerzy Płókarz** prezes Krajowego Sztabu Ratownictwa Społecznej Sieci Ratunkowej, **Maria Branicka** przedstawicielka „Nowoczesnej", **Barbara Kucharska** pełnomocnik Zarządu Województwa Mazowieckiego do spraw polityki senioralnej, **Katarzyna Pawlak** przedstawicielka Polskiej Unii Senioralnej, **Krystyna Męcik** członek Śląskiej Rady Seniorów, prezes Uniwersytetu Trzeciego Wieku w Łazach, **Tomasz Uchman** redaktor „Gazety Powiatowej" oraz **Rafał Sapuła** – stały doradca Komisji.

W posiedzeniu udział wzięli pracownicy Kancelarii Sejmu: **Anna Czechowska** i **Elżbieta Przybylska** – z sekretariatu Komisji w Biurze Komisji Sejmowych.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Dzień dobry państwu. Otwieram 18. posiedzenie Komisji Polityki Senioralnej. Na podstawie listy obecności stwierdzam kworum. Witam panie i panów posłów, witam zaproszonych gości, przedstawicieli Ministerstwa Zdrowia, na czele z panem Piotrem Warczyńskim, podsekretarzem stanu w Ministerstwie Zdrowia, oraz przedstawicieli Ministerstwa Skarbu Państwa, na czele z panią Ewą Sibrecht-Ośką, oraz wszystkich pozostałych gości. Na dzisiejszym posiedzeniu będziemy rozpatrywać informację Ministra Zdrowia i Ministra Skarbu Państwa na temat funkcjonowania lecznictwa uzdrowiskowego w zakresie potrzeb osób starszych oraz informację Ministra Zdrowia na temat rehabilitacji osób starszych. Czy są pytania do porządku dziennego? Nie ma.

Stwierdzam zatem przyjęcie porządku dziennego. Proszę o zabranie głosu pana ministra oraz o przedstawienie informacji. Bardzo proszę.

Podsekretarz stanu Ministerstwa Zdrowia Piotr Warczyński:

Dziękuję, pani przewodnicząca, dziękuję również za zaproszenie. Mam okazję przedstawić państwu dokument, który zawiera na początku informacje ogólne dotyczące lecznictwa uzdrowiskowego. Myślę, że w każdym gremium przypomnienie zasad i zasobów lecznictwa uzdrowiskowego w Polsce jest warte przedstawienia. W drugiej części opisaliśmy zagadnienia dotyczące leczenia uzdrowiskowego osób starszych, gdzie przedstawiliśmy główne wskazania do leczenia uzdrowiskowego pacjentów w wieku podeszłym, jak i cele i metody leczenia chorych w tym wieku.

Statystyka pokazuje, że wykorzystywanie lecznictwa uzdrowiskowego przez osoby starsze jest w umiarkowanym stopniu nasilone. Mianowicie, jeżeli przyjmiemy, że osobami starszymi są dopiero pacjenci w wieku 75+, to w lecznictwie uzdrowiskowym

korzysta mniej więcej 10% pacjentów w tym wieku z zabiegów balneologicznych. No i to jest kwestia spojrzenia. Bo z jednej strony może się wydawać, że to jest stosunkowego mało, a z drugiej strony wydaje się, że 10% jest odsetkiem dość wysokim, zwłaszcza jeżeli weźmiemy pod uwagę, że osoby w wieku starszym nie mogą w pełni korzystać z normalnych zabiegów balneologicznych czy też rehabilitacyjnych; zarówno intensywność, jak i liczba tych zabiegów musi być zmniejszana. Istotą zabiegów leczniczych uzdrowiskowych w stosunku do osób starszych jest to, że musi być szczególny nadzór i szczególna korekta wskazań oraz bardzo dobry przegląd przeciwwskazań. Wiemy, że uzdrowiska mają swoje profile lecznicze, a nie wszystkie profile są odpowiednie dla osób starszych. Najczęściej korzystają z uzdrowisk osoby starsze z chorobami przewlekłymi, to jest nadciśnienie, choroby serca czy też cukrzyca, ale też choroby reumatyczne.

Te profile są tylko w niektórych uzdrowiskach, z jednej strony ze względu na naturalne produkty lecznicze, jakie posiadają, a z drugiej strony ze względu na infrastrukturę i na kadrę medyczną. I tak choroby ortopedyczne, urazowe są realizowane w Ciechocinku, Busku-Zdroju, Inowrocławiu, Iwoniczu; reumatologiczne również w Busku i Ciechocinku oraz w Kołobrzegu, Inowrocławiu; kardiologiczne i nadciśnienie w Nałęczowie, Ciechocinku, Kołobrzegu, Inowrocławiu; cukrzyca w Ciechocinku, Kołobrzegu i Krynicy. Jak państwo widzą, część tych profilów jest zbieżna co do miejsca, co wskazuje na to, że są uzdrowiska, gdzie osoby starsze częściej są leczone, i są takie, gdzie profile nie bardzo pozwalają na to, aby te osoby zbyt często korzystały z tych uzdrowisk.

Myślę, że nie będę zabierał zbyt wiele czasu. Wszystkie informacje znajdują się w dostarczonym państwu materiale, jest ich w nim znacznie więcej. Jeśli będą pytania, to postaram się na nie odpowiedzieć. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Dziękuję bardzo, panie ministrze. Poproszę teraz panią Ewę Sibrecht-Óśkę, przedstawicielkę Ministerstwa Skarbu, o przedstawienie informacji.

Dyrektor Departamentu Nadzoru Właścicielskiego Ministerstwa Skarbu Państwa Ewa Sibrecht-Ośka:

Witam państwa. Chciałam państwu powiedzieć, że w nadzorze Ministerstwa Skarbu Państwa pozostały już tylko dwa uzdrowiska. Jest to uzdrowisko Rabka i uzdrowisko Krynica-Żegiestów. Duża część uzdrowisk uległa komunalizacji, konkretnie 12 uzdrowisk w 2012 r. Pozostałe dwa uzdrowiska mają duże znaczenie w opiece senioralnej, a także w świadczeniu usług sanatoryjnych. Rabka dysponuje 300 łóżkami, przychody około 20 mln zł rocznie, osób zatrudnionych około 210.

Krynica-Żegiestów, jest to spółka, która posiada ponad 600 łóżek, przychody kształtują się na poziomie około 30 mln zł rocznie, a zatrudnionych jest ponad 300 osób.

Jeśli chodzi o zakres leczenia i profil, o którym mówił pan minister, to Krynica-Żegiestów specjalizuje się w leczeniu chorób układu wewnętrznego, przemiany materii, w chorobach kobiecych, reumatycznych, chorobach układu trawiennego i reumatologicznych.

W Rabce-Zdroju można leczyć choroby kardiologiczne, nadciśnienie, choroby naczyń obwodowych, reumatologiczne i ortopedyczno-urazowe.

Podstawowym problemem naszych uzdrowisk jest oczywiście poziom refundacji i pozyskanych kontraktów z NFZ. To jest podstawowa kwestia, która kształtuje poziom zysków, bądź też strat, bo w tym miejscu muszę stwierdzić, że uzdrowisko Rabka jest spółką, która dwa lata z rzędu ponosi straty. Uzdrowisko Krynica-Żegiestów dysponuje rozlewnią wód, dlatego to jest spółka, która ma corocznie zysk, ale przychody ze świadczenia usług uzdrowiskowych to jest 50%, a drugie 50% to przychody pozyskiwane ze sprzedaży wód. Jeśli chodzi o uzdrowisko Rabka, to tutaj 97% stanowią przychody ze świadczenia usług leczniczych.

Poproszę o pytania, w których skonkretyzuję jeszcze odpowiedzi. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Dziękuję bardzo, pani dyrektor. Proszę bardzo o zadawanie pytań. Pani poseł.

Poseł Joanna Augustynowska (N):

Joanna Augustynowska, Nowoczesna. Mam dwa pytania. Po pierwsze – na jakim poziomie są te straty w uzdrowisku Rabka, jeżeli można je w jakiś sposób oszacować? I drugie pytanie do pana ministra – jaki jest średni okres oczekiwania na możliwość skorzystania ze świadczeń w tych uzdrowiskach? Trzecie pytanie – jakie są plany co do rozbudowy czy powiększania miejsc, bo, rozumiem, że w 2012 r. te ośrodki skomunalizowano i zapotrzebowanie będzie rosło? W związku z tym, czy są takie plany? To są moje trzy pytanie. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Dziękuję bardzo. Proszę pana Michała o zadanie pytania.

Poseł Michał Szczerba (PO):

Pani przewodnicząca, Wysoka Komisjo, panie ministrze, rozumiem, że celem tego posiedzenia Komisji było odpowiedzenie sobie na pytanie, czy lecznictwo uzdrowiskowe w Polsce dobrze funkcjonuje? Czy w zakresie potrzeb zdrowotnych osób starszych – a przypomnę, że w ustawie o osobach starszych osoba starsza została zdefiniowana jako osoba powyżej 60. roku życia, a nie 75., o czym też warto pamiętać w nowych statystykach, które państwo będą w poszczególnych resortach przygotowywać, a które będą musieli przedstawić do końca października Sejmowi i Senatowi...

Pytanie pani poseł j było jak najbardziej zasadne. Pani poseł pytała o dostępność usług oraz o czas, w jakim osoby zainteresowane, które mają oczywiście skierowanie na leczenie uzdrowiskowe albo rehabilitację uzdrowiskową na tego typu świadczenie zdrowotne w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego, te usługi uzyskują. Znamy terminy, wiemy, że taki wniosek powinien być rozpatrzony w ciągu 30 dni, ale wiemy też, jak wygląda praktyka. No i oczywiście pytanie o bazę, którą dysponujemy.

Czy w opinii MZ przede wszystkim ta baza, która w dużej mierze jest już albo skomunalizowana, albo prywatna – i bardzo dobrze, bo nie zawsze państwo sobie ze wszystkimi usługami radzi, a ważne, żeby były one odpowiedniej jakości i były przedmiotem cyklicznych kontroli, które zapewniają jak najwyższy standard usług – czy ta baza jest dostępna?

No i oczywiście odpłatność. Czy w opinii ministerstwa w zakresie skierowania do leczenia uzdrowiskowego, odpłatności za pobyt w sanatorium oraz środków, którymi dysponuje Narodowy Fundusz Zdrowia na kontraktowanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju lecznictwo uzdrowiskowe… Czy te środki są również wystarczające? Celem tematów, które prezydium i Wysoka Komisja wprowadza do porządku obrad, jest również wyciągnięcie pewnych wniosków i spostrzeżeń. Oczekiwalibyśmy, żeby były one również formułowane przez osoby referujące. Bardzo dziękuję.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Dziękuję bardzo panu przewodniczącemu. Proszę bardzo.

Poseł Joanna Augustynowska (N):

Ja chciałam tylko sprostować. Nazywam się Joanna Augustynowska, panie pośle.

Poseł Michał Szczerba (PO):

Przepraszam.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Czy jeszcze ktoś z państwa posłów ma jakieś pytanie? Czy zaproszeni goście mają jakieś pytania? Bardzo proszę, panie doktorze. Proszę się przedstawić.

Stały doradca Komisji Rafał Sapuła:

Rafał Sapuła, stały doradca Komisji Polityki Senioralnej. Pani minister, panie ministrze, szanowna Komisjo, w zeszłym tygodniu zorganizowaliśmy z panem posłem Zawiślakiem kilkustronne spotkanie z przedstawicielami uzdrowisk, lekarzy balneologii i lekarzy naczelnych uzdrowisk, konsultantów wojewódzkich z Lubelszczyzny i Podkarpacia oraz rozmawialiśmy z pacjentami, uczestnikami turnusów rehabilitacyjnych. Z tego spotkania mamy kilka istotnych wniosków i pytań właśnie do państwa.

Wiadomo, że mamy w Polsce olbrzymi potencjał środowiskowy, sanatoria są naszym dobrem narodowym, pacjenci odczuwają ewidentną poprawę stanu zdrowia, poprawę jakości życia, dla wielu tych osób jest to jedyna forma też jakichś wycieczek, krajoznawstwa i tak dalej. Medycyna uzdrowiskowa zmniejsza również problem polipragmazji, czyli nadużywania leków, a zatem zmniejsza także koszty związane z farmakoterapią. I bardzo tutaj istotne pytanie – czy wprowadzenie leczenia uzdrowiskowego jest planowane do modeli opieki skoordynowanej? To jest pierwsze pytanie. Czy leczenie uzdrowiskowe zostanie wpisane do map potrzeb zdrowotnych? Jest to, naszym zdaniem, konieczne ze względu na to, że w uzdrowiskach ubiega się o środki np. z regionalnych programów operacyjnych.

Kolejna podnoszona sprawa, to problem długiego oczekiwania. Dla wielu seniorów ten okres oczekiwania od półtora roku do dwóch lat to jest cała wieczność. Pojawiają się też głosy, aby być może ograniczyć czas pobytu w uzdrowisku do dwóch tygodni, co zdecydowanie skróciłoby czas oczekiwania i pozwoliłoby większej grupie pacjentów z leczenia uzdrowiskowego skorzystać.

Następny problem jest ważny z punktu widzenia medycznego, bo pacjenci w wieku starszym to pacjenci obciążeni wielochorobowością. Lekarz wystawiający skierowanie na leczenie uzdrowiskowe robi to półtora roku, dwa lata wcześniej. W tym czasie stan kliniczny pacjenta, zresztą pan minister już o tym mówił, diametralnie się zmienia. Lekarz uzdrowiska, który przyjmuje pacjenta, de facto powinien, zgodnie z przepisami, leczyć schorzenie podstawowe, z którym pacjent został skierowany. I tutaj taka prośba i sugestia, żeby dać większą swobodę lekarzowi uzdrowiskowemu w określeniu indywidualnego programu leczenia.

Kolejna rzecz, to pacjenci z wywiadem onkologicznym. Wiadomo, są wskazania i przeciwwskazania, rozporządzenie jasno określa, że w tymże leczeniu powinno się stosować leczenie bodźcowe. Tu jest taki apel, aby u pacjentów obciążonych właśnie wywiadem onkologicznym, zrezygnować z konieczności leczenia bodźcowego. Pozostałe formy – profilaktyka, leczenie ruchem, terenoterapia, edukacja, dietoterapia – mogłyby być z dużym powodzeniem u tych pacjentów stosowane.

Następny problem, o czym pani minister była uprzejma poinformować, to kwestie finansowe. Niestety, od 2009 r., kiedy NFZ przeznaczał 1,37% swojego budżetu na leczenie uzdrowiskowe, kwota cały czas spada: w 2010 r. to było 0,99% PKB, w 2011 r. tak samo, w 2014 już 0,77%, w 2015 r. 0,94%. Przy stawce, która w tej chwili wynosi około 70 zł za osobodzień + 20 zł za pobyt, trudno uzdrowiskom związać koniec z końcem.

I tu się pojawia nowy problem – rozporządzenie z kwietnia 2012 r., które jest rozporządzeniem w sprawie nowych wymagań. Mianowicie te uzdrowiska, które nie mają pełnego wyposażenia, będą musiały np. wybudować basen, stworzyć kriokomorę itd, itd. Tych problemów jest dużo, a to niekiedy są zabytkowe obiekty, w których takich możliwości nie ma. Poza tym trudno zorganizować im fundusze. Może vacatio legis, przedłużenie realizacji tych przepisów byłoby zdecydowanie wskazane, żeby leczenie uzdrowiskowe jakoś ratować.

Kolejny duży problem, szczególnie dotkliwy dla pacjentów w wieku starszym – tu są jasne zapisy, że osobodzień pacjenta powinien się zaczynać od godziny 14.00, a kończyć o godzinie 12.00. Pacjent, który przyjeżdża wcześniej, starsza osoba, po podróży niekiedy nocnej, nie ma się gdzie podziać i co ze sobą zrobić. Warto by było wprowadzić pewne zmiany, żeby te godziny w sposób korzystniejszy dla pacjenta ustalić.

Warto promować, naszym zdaniem, uzdrowiska, które mają własne surowce, z których pacjenci korzystają. Warto by było wspomagać działalność naukową dotyczącą leczenia uzdrowiskowego, bo tych badań jest bardzo mało. Z panią profesor Wieczorowską-Tobis przeszukaliśmy bazy dotyczące badań naukowych Medline PubMed i rzeczywiście tych badań jest mało. W związku z tym będziemy próbowali jakoś aktywizować to środowisko, żeby prac naukowych potwierdzających skuteczność leczenia uzdrowiskowego było zdecydowanie więcej. Warto by było na bazie uzdrowisk, aby lepiej je wykorzystać, stworzyć programy kierowane do seniorów oparte na profilaktyce, edukacji, psychoterapii, dietoterapii. Wskazane by były programy np. dotyczące profilaktyki upadków osób starszych czy profilaktyki osteoporozy. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Dziękuję bardzo, panie doktorze. Bardzo proszę panią.

Członek Śląskiej Rady Seniorów, prezes Uniwersytetu Trzeciego Weku w Łazach Krystyna Męcik:

Krystyna Męcik, Śląska Rada Seniorów, jak również UTW. Mam zapytanie – czy będzie się rozwijała medycyna uzdrowiskowa w początkach zdiagnozowania alzheimera i w przypadku chorób neurodegeneracyjnych? Pracujemy w wolontariacie na Śląsku, w stowarzyszeniach alzheimerowskich i chorób neurodegeneracyjnych. Zauważamy, że rzeczywiście przez dobór odpowiedniej diety, ruch, rekreację, spowalnia się rozwój choroby – bo jak na razie, wiadomo, nie ma na to leku. A zdarza się przedawkowanie leków, ich nieodpowiednie używanie – stąd takie zapytanie. Będzie coraz więcej osób z chorobą Alzheimera i chorób neurodegeneracyjnych – czy pójdziemy w kierunku uzdrowisk w początkach zdiagnozowania tych chorób? Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Dziękuję bardzo, pani Krystyno. Czy ktoś z państwa jeszcze? Bardzo proszę, panie profesorze.

Wiceprzewodniczący Obywatelskiego Parlamentu Seniorów Janusz Szymborski:

Pani przewodnicząca, szanowni państwo, chciałbym na dzisiejszym spotkaniu zabrać głos w imieniu prezydium OPS. Ten materiał, który przedstawiło ministerstwo odnośnie do uzdrowisk, oceniam bardzo wysoko. Naszym zdaniem to jest bardzo rzetelny materiał przede wszystkim dlatego, że umiejscawia problematykę leczenia uzdrowiskowego seniorów w całokształcie problematyki uzdrowiskowej. Proces starzenia się, zwiększona liczba seniorów nie jest jakimkolwiek usprawiedliwieniem tego bardzo długiego czasu oczekiwania, bo chyba tak jak seniorzy, podobnie długo oczekują osoby młodsze, które wymagają leczenia uzdrowiskowego.

Miałbym tylko pytanie dotyczące wykorzystywania polskich uzdrowisk dla pacjentów zagranicznych. Jaki jest odsetek tych komercyjnych zagranicznych usług? Jakiej opieki ewentualnie udzielają uzdrowiska w ramach opieki transgranicznej? W UE system uzdrowiskowy jest też włączony do tej opieki. Bardzo dziękuję.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Dziękuję bardzo panu profesorowi. Czy ktoś z państwa? Bardzo proszę, pani poseł.

Poseł Lidia Burzyńska (PiS):

Dziękuję bardzo. Pani przewodnicząca, szanowni państwo, kiedy słuchałam pana ministra i pani, zaintrygowała mnie jedna statystyka – mianowicie liczba oczekujących na leczenie uzdrowiskowe, oczywiście to z lat 2014–2015 stan na 31 grudnia. Zaniepokoiła mnie statystyka dotycząca woj. śląskiego. Oczekujących powyżej 24 miesięcy na skierowanie na pobyt w lecznictwie uzdrowiskowym jest ogółem 6856 osób, z tego oczekujących z woj. śląskiego jest 6256. Ta statystyka jest dla mnie niepokojąca. Czy mogłabym uzyskać informację, czym ona jest spowodowana? Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Dziękuję bardzo, pani poseł. Czy ktoś jeszcze z państwa ma jakieś pytania? Bardzo proszę, panie doktorze.

Stały doradca Komisji Rafał Sapuła:

Panie ministrze, jeszcze jeden problem, który uważam, też trzeba rozwiązać, problem niedojazdów. Około 10% pacjentów po prostu nie dojeżdża. Tak naprawdę marnujemy te miejsca. Zresztą to jest problem od wielu lat, który był zgłaszany przez uzdrowiska, a ignorowany przez poprzednie ministerstwa. Te 10% zgubimy, bo uzdrowisko musi czekać kilka dni na przyjazd ewentualnie tego pacjenta, no i te miejsca są marnowane. Tych 10% pacjentów mogłoby zdecydowanie z leczenia skorzystać. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Dziękuję bardzo. Czy ktoś jeszcze z państwa chce zabrać głos, ma jakieś pytania? Nie widzę. Bardzo proszę, panie ministrze, o udzielenie odpowiedzi.

Podsekretarz stanu MZ Piotr Warczyński:

Dziękuję bardzo. Myślę, że gdybyśmy mieli bardziej sprecyzowane oczekiwania co do tego materiału, pan profesor nie musiałby zadawać takich pytań. Takie ogólne sformułowanie: funkcjonowanie lecznictwa uzdrowiskowego w zakresie potrzeb osób starszych ograniczyło w pewien sposób, być może błędnie, nasze intencje i pewnie dokładne sprawozdania dotyczące czasu oczekiwania by się znalazły w tych materiałach. Czas oczekiwania, jeśli chodzi o osoby starsze. Mamy trudności z uzyskaniem tego z NFZ, ale też myślę, że gdy zaczekamy cierpliwie, to te informacje też będą nam przekazane. Czas oczekiwania nie jest oczywiście zadowalający. Wygląda to różnie. Pozwolę sobie sekretariatowi przekazać później dokładne statystyki i informacje na ten temat. W niektórych województwach na leczenie sanatoryjne – trzeba zróżnicować czas oczekiwania na leczenie sanatoryjne i leczenie w szpitalach uzdrowiskowych i jeszcze trzeba zróżnicować czas oczekiwania dzieci i osób dorosłych. Oczywiście w przypadku dzieci ten czas oczekiwania jest stosunkowo krótki, niekiedy kilka tygodni, niekiedy 2–3 miesiące. W porównaniu z oczekiwaniem osób dorosłych jest stosunkowo zadowalający. Najdłużej czeka się oczywiście na leczenie sanatoryjne, bo tu jest największe zainteresowanie korzystaniem z tych usług. Średnio ten czas wynosi z reguły kilkanaście miesięcy, jeżeli chodzi o lecznictwo w szpitalach uzdrowiskowych. To jest oczywiście stanowczo za długo, dlatego że musimy pamiętać, że szpitale uzdrowiskowe przede wszystkim są szpitalami rehabilitacji uzdrowiskowej, a ona powinna być realizowana bezpośrednio po leczeniu szpitalnym bądź czasami ambulatoryjnym.

Z czego to wynika? Chyba nie musimy mówić. W najmniejszym stopniu wynika to ze złej organizacji tego leczenia. To po prostu wynika z niedostatków finansowych w systemie ochrony zdrowia. I to jest jasne, bo fundusz na poszczególne obszary lecznictwa przeznacza proporcjonalnie środki, nie zmniejszając ich, tylko co roku trochę powiększając finansowanie wszystkich obszarów, w tym lecznictwo uzdrowiskowe. A wiemy, że to jest specyficzny obszar. Dominuje finansowanie lecznictwa szpitalnego w największym zakresie, podstawowej opieki zdrowotnej, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. To są największe obszary, największe zasoby i największe potrzeby, jeżeli chodzi o skorzystanie z tego lecznictwa. W tej chwili konsultujemy to z rządem. Dzisiaj pan minister, pani premier będzie przedstawiała projekt zmian, w tym zmian finansowania systemu ochrony zdrowia, czyli dojście z tego 4 z kawałkiem przynajmniej do 6 PKB i określenie tego w latach, czyli wyznaczenie mapy drogowej wzrostu finansowania systemu ochrony zdrowia. Wszystkim nam się wydaje, że łożymy dość dużo na system ochrony zdrowia, w większości mamy takie wrażenie. A jesteśmy, jeżeli chodzi o kraje unijne, społeczeństwem, które proporcjonalnie na zdrowie daje najmniej ze wszystkich krajów unijnych i to musimy sobie uświadomić. Jeśli porównamy np. ilość pieniędzy w NFZ, gdzie mamy 76–77 mld zł, z naszego punktu widzenia, to ogromna suma pieniędzy, przynajmniej z mojego, i popatrzymy na zasoby finansowe NHS (National Health Service) w samej Anglii, bez Walii, Szkocji i Irlandii Północnej, samej Anglii, żeby to porównać jak najbliżej do nas, choć oczywiście w samej Anglii więcej ludzi żyje niż w Polsce, w tym trochę Polaków, to zeszłoroczny budżet NHS w samej Anglii to było 130 mld funtów. Mamy dwa systemów, które w gruncie rzeczy mogłyby być porównywalne, ale finansowanie jest nieporównywalne. Środki na lecznictwo uzdrowiskowe po prostu są proporcjonalne do wszystkich środków, jakie są przeznaczane na cały system ochrony zdrowia.

Pan wskazał kilka obszarów, o których wiemy, że powinny zostać przynajmniej na nowo przeanalizowane i zmienione. To dotyczy też niedojazdów, choć 10% niedojazdów w porównaniu do tego, że czasem całe 30% pacjentów nie zgłasza się do lekarzy specjalistów, jest mniejsze, a ostatnie statystyki, które prezentował NFZ, właśnie pokazywały, że w niektórych specjalnościach do 30% pacjentów zapisanych na konsultacje do lekarza specjalisty, nie przychodzi na te wizyty, zajmując oczywiście kolejkę. Odpowiednie działania np. sprawiły, że kolejka się skróciła w ortopedii o kilkanaście lat. To wydaje się śmieszne, ale tak to bywa.

Opieka skoordynowana – oczywiście tak, również w lecznictwie uzdrowiskowym, z tym że trzeba na to patrzeć właśnie jak na uzdrowiskowe lecznictwo rehabilitacyjne i tam konieczne jest… Oczywiście z naturalnych względów szpitale uzdrowiskowe, reha-

bilitacyjne wchodzą w system opieki koordynowanej, chociażby opieki rehabilitacji pozawałowej czy też rehabilitacji pourazowej.

Skierowanie – rzeczywiście, to się wiąże z czasem oczekiwania. To słuszna uwaga, że po 24 miesiącach ten pacjent jest już zupełnie inny, mogą dominować inne choroby, próbuje się ten problem m.in. rozwiązać tak, że co 18 miesięcy, jeżeli ten czas oczekiwania jest dłuższy, pacjent musi być ponownie zbadany przez lekarza i to skierowanie musi być skorygowane.

Zbieramy wszystkie uwagi i umówiliśmy się na ostatnim spotkaniu zespołu ds. uzdrowisk w parlamencie ze wszystkimi przedstawicielami, że będziemy się spotykali w ministerstwie. Zostanie utworzony zespół, który będzie pracował i zastanawiał się nad zmianą, a być może nad napisaniem całkiem nowej ustawy o lecznictwie uzdrowiskowym. Mamy pewność, że te regulacje, które aktualnie obowiązują, nie do końca spełniają nasze oczekiwania i nie do końca są współczesne. Mam nadzieję, że dużo z tego, co pan wymieniał, znajdzie swoją realizację w noweli ustawy uzdrowiskowej i mam nadzieję, co też pan wymieniał, że również cały system kierowania na lecznictwo uzdrowiskowe.

Wspominał pan – przepraszam, ale pan najwięcej zgłaszał postulatów – o leczeniu bodźcowym. Trzeba się mocno zastanowić, ponieważ zasadą, ustawową zasadą lecznictwa uzdrowiskowego w tej chwili jest właśnie leczenie naturalnymi surowcami, czyli to leczenie bodźcowe. Jeżeli z niego zrezygnujemy, to przestanie to być lecznictwo uzdrowiskowe, więc być może trzeba zupełnie na nowo podejść do tego tematu, ale mam nadzieję, że będziemy na ten temat właśnie jeszcze dyskutowali.

Pani pytała o osoby z chorobą Alzheimera. W tej chwili jedną z zasad kierowania do leczenia uzdrowiskowego jest samoobsługa. Wynika to z tego, że pacjenci, w ogóle system lecznictwa uzdrowiskowego, tak jak wskazaliśmy w materiale, polega na tym, że mamy współpłacenie pacjentów. Pacjenci płacą za pobyt i za wyżywienie, czyli za zakwaterowanie i wyżywienie. Moglibyśmy pomyśleć, i często tak się dzieje, że osoby niesprawne kierowane są na leczenie uzdrowiskowe wraz z opiekunem. Jednak ten opiekun musi zapłacić już z własnej kieszeni za pobyt. Wracamy do finansowania systemu ochrony zdrowia. Czy system stać na to, żeby refundować również bezpłatny pobyt osobie opiekującej się pacjentem? Chciałbym, żeby tak było, szczerze mówiąc, ale nie wiem, czy w tej chwili NFZ dałby radę zwiększyć finansowanie lecznictwa uzdrowiskowego, a byłby to dość znaczący wzrost. W tej chwili jest tak, że głównie kieruje się osoby, które są w stanie samodzielnie funkcjonować w sanatorium czy też w szpitalu uzdrowiskowym.

Szczerze mówiąc, nie zauważyłem, bo tutaj pani poseł zwracała uwagę na tabelę i na oczekujących na Śląsku. Tak, tak, właśnie widzę, 6 tys., i mnie też to dziwi w tym momencie. Postaramy się to zbadać i… To są dane otrzymane z NFZ i może bezkrytycznie przedrukowane przez nas, za co przepraszamy. Ale nie potrafię w tej chwili odpowiedzieć, mogę przypuszczać, ale wolałbym wiedzieć i odpowiedzieć tak, jak jest w rzeczywistości.

Jeszcze były pytania pana profesora o usługi komercyjne. Wiemy, że takie usługi są realizowane prawie we wszystkich uzdrowiskach, zwłaszcza tych nadgranicznych, czyli tam, gdzie graniczymy z Niemcami, ale też z południowymi uzdrowiskami, zwłaszcza w Kotlinie Kłodzkiej. Nie jesteśmy w stanie powiedzieć, jaki jest zakres usług komercyjnych, dlatego że uzdrowiska „nie sprawozdają" nam. „Sprawozdają" nam wszystkie usługi publiczne, finansowane ze środków publicznych, a komercyjnych nie i w większości, jeżeli nas interesowały takie informacje, to po prostu ich nie otrzymywaliśmy, nie były nam przekazywane i niestety nie możemy tego wymagać. To dokładnie dotyczy opieki transgranicznej. Musimy zdać sobie sprawę, że system lecznictwa uzdrowiskowego w Polsce jest jedynym takim w Europie. Nie ma odpowiednika. Są oczywiście uzdrowiska w Niemczech czy też w innych krajach, ale to są uzdrowiska, które nie funkcjonują na podstawie ustawy uzdrowiskowej czy też nie ma systemu leczenia uzdrowiskowego. Tam obowiązują ogólne zasady leczenia, kontraktuje się np. rehabilitację, czy ten szpital jest w uzdrowisku, czy nie, nie ma to żadnego znaczenia. Nie ma poza Polską wyodrębnionego sposobu realizacji lecznictwa w uzdrowiskach. Chyba, panie przewodniczący, odpowiedziałem na większość głównych pytań. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Michał Szczerba (PO):

Dodatkowe pytania. Bardzo proszę, pani poseł.

Poseł Alicja Kaczorowska (PiS):

Alicja Kaczorowska. To nie znaczy, że chciałam przyjść w sukurs panu ministrowi, jeżeli chodzi o taką dużą liczbę osób oczekujących powyżej 24 miesięcy na sanatorium, ale zauważyłam, że właśnie w woj. śląskim liczba oczekujących w ogóle stanowi jedną piątą populacji oczekującej w całej Polsce. Myślę, że to chyba jest jakieś przełożenie na ten późniejszy okres oczekiwania. Znamienne jest, że znakomita większość, nawet nie wiem, ile razy, ale chyba z 60 razy więcej osób czeka na sanatorium uzdrowiskowe niż na szpital uzdrowiskowy. Chyba ta usługa zdrowotna jest bardzo popularna na Śląsku i bardzo potrzebna ze względu na stan zdrowia. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Michał Szczerba (PO):

Dziękuję, pani poseł. Jeszcze pan doktor, bardzo proszę.

Stały doradca Komisji Rafał Sapuła:

Ja tylko chciałem uzupełnić wypowiedź pana ministra, ponieważ w polskich uzdrowiskach jest leczonych rocznie około miliona osób, z tego 450 tys. w ramach środków publicznych. W sumie to jest około miliona osób, czyli gdzieś około 500–600 tys. rocznie komercyjnie pacjentów jest leczonych w uzdrowiskach.

Przewodniczący poseł Michał Szczerba (PO):

Bardzo dziękuję. Pani prezes Marzena Rudnicka, Krajowy Instytut Gospodarki Senioralnej.

Prezes Krajowego Instytutu Gospodarki Senioralnej Marzena Rudnicka:

Dzień dobry, witam serdecznie. Mam pytanie dotyczące tych 10% niedojazdów. Jak się słyszy 10%, to jest to potężna liczba miejsc, które się marnują. Mam pytanie do pana ministra – czy jest system wcześniejszego potwierdzenia, że taki pacjent przybędzie, zwłaszcza wiedząc, że dotyczy to osób po 75. roku życia i czas oczekiwania dochodzi do dwóch lat? Stan zdrowia mógł się na tyle zmienić, że ta osoba może nawet nie móc dojechać, więc czy jest to wcześniejsze potwierdzenie? Czy wtedy są zapraszane osoby z listy rezerwowej i po jakim czasie? Czy są statystyki, ile miejsc rocznie się marnuje? Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Michał Szczerba (PO):

Jeszcze było jedno pytanie. Bardzo proszę.

Dyrektor Departamentu Nadzoru Właścicielskiego MSP Ewa Sibrecht-Ośka:

Chciałam udzielić odpowiedzi na pytanie dotyczące straty w Rabce, bo takie zostało zadane wcześniej. To jest poziom 300 tys. zł. A jeżeli chodzi o przychody komercyjne w dwóch spółkach Skarbu Państwa to jest to poziom 10–15%. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Michał Szczerba (PO):

Pytanie w związku z tym nasuwa się takie – czy Ministerstwo Skarbu Państwa ma plany prywatyzacyjne związane z tymi dwoma uzdrowiskami, skoro szefostwo tych spółek, rozumiem, nie jest w stanie wygenerować odpowiedniego zysku?

Dyrektor Departamentu Nadzoru Właścicielskiego MSP Ewa Sibrecht-Ośka:

Krynica-Żegiestów jest na liście spółek nie do prywatyzacji w art. 64 ustawy uzdrowiskowej. A jeśli chodzi o Rabkę, dokonujemy jeszcze analizy i oceny, jak należy dalej poprowadzić przekształcenia własnościowe. Tam były kwestie roszczeń prywatyzacyjnych, tak że tu jesteśmy jeszcze na poziomie badań. Jeśli chodzi o Krynicę-Żegiestów, nie mamy takiej możliwości ze względu na treść art. 64 i listę z rozporządzenia w ustawie. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Michał Szczerba (PO):

Jeszcze pan doktor i ja na koniec.

Stały doradca Komisji Rafał Sapuła:

Przepraszam za aktywność, ale tu się rodzi jeszcze jeden problem z niedojazdami. Bo niedojazdy rodzą obniżanie wartości kontraktów na przyszłe lata z NFZ. To naprawdę

jest problem, który nie wiem, czy… Pacjenci mają oczywiście prawa, ale powinni mieć też obowiązki. Nie wiem, może za taki niedojazd trzeba poprosić o partycypowanie w jakichś kosztach, albo o całkowitych kosztach, może zmienić system powiadamiania. Tak naprawdę, to jest strata innych pacjentów, nie tylko uzdrowisk, ale inny pacjent też na tym traci. Dziękuję.

Poseł Alicja Kaczorowska (PiS):

Może warto by było robić listę rezerwową i zawiadomić odpowiednio wcześniej te osoby, które czekają, żeby zdążyły się spakować, zorganizować i przyjechać. To są osoby po 75. roku życia, one często wymagają towarzysza, przynajmniej w podróży. Pewnie jakąś listę rezerwową trzeba by było zrobić i wtedy, kiedy nie ma zgłoszenia, no nie wiem, np. osiem dni przed przyjazdem, chociaż po ośmiu dniach ktoś może zapomnieć i też nie przyjechać, tak że nie wiem, czy jest na to jakiś sposób.

Przewodniczący poseł Michał Szczerba (PO):

Bardzo dziękuję. Szanowni państwo, bardzo dziękujemy, bo myślę, że ta dyskusja otworzyła też kilka nowych obszarów, które również wymagają analizy, a na pewno działań ulepszających, jeśli chodzi o wykorzystywanie tych miejsc.

Na dzisiejszym posiedzeniu Komisji otrzymaliśmy bardzo szczegółowe dane, po pierwsze, z leczenia uzdrowiskowego w Polsce w 2015 r. skorzystało ponad 400 tys. ubezpieczonych, co uważam za dużą liczbę; po drugie, mamy 30 tys. łóżek w sanatoriach i 10 tys. łóżek w szpitalach uzdrowiskowych. Ale na pewno te niedojazdy pokazują, że jest jakiś problem w samym systemie. Na pewno jest to element potwierdzania leczenia przy założeniu długiego czasu oczekiwania. Niewątpliwie w grupie wiekowej 60+ czy 75+ stan zdrowia się zmienia bardzo szybko i w związku z tym czasami po prostu osoba starsza nie jest w stanie dojechać. Pytanie też, czy pewną barierą nie jest właśnie dojazd nie tylko na własny koszt, ale sama organizacja transportu, która umożliwia dojazd do uzdrowiska czy do szpitala. To jest na pewno bardzo istotny element, który, moim zdaniem, powinien być przedmiotem być może kontroli NIK, o co możemy poprosić NIK. Kontrola trwa? No to jest szansa, że będą wnioski w tej sprawie, ale na pewno jest jakiś błąd w systemie. To po pierwsze.

Po drugie, pani prezes Męcik z Rady Seniorów w Łazach zwróciła uwagę na to, że jest grupa pacjentów w wieku podeszłym, która de facto jest w jakiejś mierze wykluczona z systemu. Myślę tutaj właśnie o osobach, którymi się zajmowaliśmy na posiedzeniu Komisji, czyli osobach z chorobą Alzheimera i innymi chorobami otępiennymi. Znaczy, te osoby w tym sensie są wykluczone z systemu, że w mojej opinii nie tylko lecznictwo uzdrowiskowe, ale też generalnie lecznictwo w Polsce, myślę o lecznictwie szpitalnym, a także o zakładach opiekuńczo-leczniczych, nie jest dostosowane do potrzeb tej specyficznej grupy pacjentów. Nie ma wydzielonych i specjalnych sal na oddziałach internistycznych, jeżeli są w ogóle te internistyczno-geriatryczne czy geriatryczne oddziały, które by uwzględniały opiekę nad pacjentem, który nie zawsze ma tylko pewne problemy somatyczne, ale wymaga bardziej całościowej opieki. Niewątpliwie rzeczą absolutnie ważną jest to, że system, w mojej opinii, powinien uwzględniać również zabezpieczenie pobytu opiekuna w sytuacji, kiedy ta osoba nie jest w stanie sama funkcjonować. Z drugiej strony lecznictwo uzdrowiskowe nie zapewnia 24-godzinnej pełnej obsługi i zakłada, co pan minister bardzo wyraźnie powiedział, taką, powiedziałbym, samowystarczalność. Tak pan to nazwał, prawda?

Może już konkludując – to pytanie ostatnio zadaliśmy panu ministrowi Pinkasowi przy okazji raportu NIK, który zwrócił uwagę na to, że zostały wypracowane w MZ standardy postępowania w opiece geriatrycznej przez zespół ds. gerontologii, który był powołany, ale nie znalazło to swojego przełożenia na regulacje prawne, które by powszechnie obowiązywały w różnego rodzaju placówkach nadzorowanych przez państwa.

Rozumiem, panie ministrze, że to były wszystkie pytania. Jeszcze pan ostatnie pytanie, proszę o przedstawienie się.

Wiceprezes Towarzystwa Funduszy Inwestycyjnych Rafał Czepil:

Dziękuję bardzo. Nazywam się Rafał Czepil. Jestem wiceprezesem Towarzystwa Funduszy Inwestycyjnych, właśnie w ramach naszego portfela jest Polska Grupa Uzdrowisk.

Tak się składa, że po raz pierwszy mam przyjemność być tutaj z państwem w ramach prac podkomisji i chciałbym się odnieść i prosić o informacje dla nas bardzo istotne, choć nie tylko dla nas, ale dla całego obszaru czy branży uzdrowiskowej. Chciałbym prosić o kilka informacji właśnie w zakresie planowanych prac związanych z kompleksowym opracowaniem, np. wspólnie z gminami uzdrowiskowymi i wprowadzeniem zmian do ustawy o lecznictwie uzdrowiskowym. To jest bardzo często podnoszone i ten temat wraca na spotkaniach przedstawicieli gmin czy przedstawicieli poszczególnych uzdrowisk. Kolejne moje pytanie. Jeżeli mógłbym prosić o informacje – czy jest planowane opracowanie i wprowadzenie standardów procedur medycznych stosowanych w lecznictwie uzdrowiskowym? To kolejna ważna kwestia, która bardzo nurtuje i o którą właśnie bardzo często dopytują przedstawiciele gmin czy uzdrowisk. Czy jest planowane wydłużenie wejścia w życie – i tu na pewno bardzo mocno byśmy prosili o rozważenie takiego wydłużenia – przepisów prawnych dotyczących wymagań dla zakładów lecznictwa uzdrowiskowego i wymagań eksploatacyjnych, funkcjonalnych i technicznych dla urządzeń lecznictwa uzdrowiskowego, umożliwiając jednocześnie absorpcję środków unijnych przez przedsiębiorców na ten cel? Chodzi w głównej mierze o wytyczne europejskie, bardzo restrykcyjne, których termin już w zasadzie biegnie i może być krytyczny dla wielu uzdrowisk.

Czy jest planowane wprowadzenie przepisów prawnych zapewniających zwiększenie środków finansowych na lecznictwo uzdrowiskowe w planie finansowym NFZ, adekwatne do wzrostu finansowania innych dziedzin, obszarów ochrony zdrowia? To kolejne pytanie, które nas bardzo nurtuje, i chcielibyśmy prosić, panie ministrze, o informacje. Czy jest planowane wprowadzenie opodatkowania usług uzdrowiskowych przy zastosowaniu obniżonej stawki podatku od towarów i usług?

W tym momencie na tyle. Miałbym być może kilka kwestii dotyczących polityki senioralnej, ale korzystając z okazji chciałbym prosić o informacje z tego obszaru, o który pytałem. Dziękuję bardzo. Chciałem zadeklarować – bo usłyszałem kilka cierpkich słów z ust pana ministra, że takiej współpracy nie było – chciałbym nawiązać współpracę, żeby uniknąć w przyszłości tego typu sytuacji, że brakuje informacji czy kontaktu ze strony gmin uzdrowiskowych czy w szczególności Polskiej Grupy Uzdrowisk. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Michał Szczerba (PO):

Dziękuję bardzo. Panie ministrze, bardzo proszę.

Podsekretarz stanu MZ Piotr Warczyński:

Dziękuję bardzo. Mimo że większość wypowiedzi była stwierdzeniami, jednak pozwolę sobie na część pytań odpowiedzieć, zaczynając od tych niedojazdów. W tej chwili mamy taki system, że lekarz wypisuje skierowanie, pacjent dostarcza je do NFZ, gdzie ono jest potwierdzane i wpisuje się w nim termin i miejsce; mimo że propozycja na skierowaniu jest od lekarza do konkretnego uzdrowiska, nie zawsze to jest zbieżne. Pamiętajmy, że tu nie chodzi o wypoczynek, tylko o leczenie, nie chodzi o rekreację, tylko o leczenie, o czym duża część naszego społeczeństwa zupełnie zapomina i traktuje lecznictwo uzdrowiskowe jak wyjazd rekreacyjny. Gdzie? Najlepiej nad morze i w góry i oczywiście tam te terminy oczekiwania są najdłuższe. A są uzdrowiska małe, gdzie te terminy są naprawdę nieporównywalnie krótsze i właściwie można się od razu dostać, jeżeli ktoś chce się rzeczywiście leczyć w uzdrowisku.

Wracając do niedojazdów. Pacjent jest informowany przez NFZ, prawda? I to jest dosyć krótki czas do terminu wyjazdu. A to, że nie przyjeżdża, okazuje się w momencie, gdy nie przyjeżdża, więc nie można zrobić żadnych list rezerwowych, bo wtedy trzeba by było prosić, żeby dwóch pacjentów przyjechało, ten główny i ten z listy rezerwowej. Jak ten główny nie przyjedzie, to drugi będzie obecny. To oczywiście jest humorystyczne, ale ten problem jest bardzo trudny do rozwiązania. Myślę, że rozwiązanie tego tkwi w zmianie sposobu kierowania na lecznictwo uzdrowiskowe. Wiele razy dyskutowaliśmy na temat tego, że pacjenci powinni być w jakiś sposób zobowiązani do tego, że przyjeżdżają do uzdrowiska, ale jakoś nikt nie wymyślił takiego systemu, który by był w pełni sprawiedliwy. Poza systemem przypominania, że należy się zgłosić… Myślę, że i tak to nie zadziała, bo jeśli ktoś jedzie na leczenie uzdrowiskowe, to planuje je sobie od dawna.

Pewnie to są w dużej części te osoby, które właśnie traktują leczenie uzdrowiskowe nie do końca jak leczenie. Ten problem jest szczególnie wyraźny, jeśli chodzi o dzieci. Mimo że jesteśmy w Komisji Senioralnej, to ten problem najbardziej jest widoczny w przypadku dzieci, ponieważ właściwie rodzice są zainteresowani leczeniem w lecznictwie uzdrowiskowym wyłącznie w miesiącach wakacyjnych i wyłącznie nad morzem albo w górach.

Czy będą zmiany w ustawie uzdrowiskowej? Tak, będą te zmiany, one są planowane. Czy będzie wzrost finansowania? Co roku jest wzrost finansowania lecznictwa uzdrowiskowego. Pan prezes pytał o to, czy adekwatny do innych obszarów. Nie wiem, czy ktoś jest w stanie powiedzieć nam, jaka jest ta adekwatność. To leczenie wzrasta równomiernie mniej więcej prawie do wszystkich innych obszarów, ponieważ ostatnio znacząco wzrasta finansowanie leczenia podstawowej opieki zdrowotnej. Wiemy, że ten obszar powinien być akurat obszarem, gdzie najwięcej jest dokonywanych interwencji medycznych. Na świecie to jest tak, że w POZ jest 80% wszystkich interwencji medycznych. U nas jest to w okolicach niecałych 40%, a całą resztę przyjmuje leczenie szpitalne, więc jest zupełne odwrócenie finansowania. Powoli trzeba przywracać prawidłowe stosunki.

Było jeszcze pytanie o VAT. Cały obszar ochrony zdrowia jest zwolniony z VAT, VAT nie dotyczy systemu ochrony zdrowia i w systemie ochrony zdrowia nie płaci się VAT. To jest regulacja unijna. Jeżeli chcemy to zmienić, to musimy to zmienić w Komisji Europejskiej, to jest jedyna droga. Dotyczy to nie tylko lecznictwa uzdrowiskowego, ale całego lecznictwa w Polsce.

Ostatnie pytanie. Właśnie kończymy analizę dotyczącą dostosowania podmiotów leczniczych funkcjonujących w lecznictwie uzdrowiskowym. To powinno być mniej więcej w ciągu paru tygodni zakończone i dostępne. Na tej podstawie będą podejmowane decyzje. Wstępnie wygląda, że nie będzie wyboru, albo trzeba zweryfikować wymagania, choć te wymagania, moim zdaniem, wcale nie są wygórowane, zapewniają bowiem bezpieczeństwo pacjenta. To jest cel takich wymagań.

Jeżeli będziemy się spotykać, mam nadzieję, z panem prezesem w zespole pracującym nad ustawą, będziemy także weryfikowali te wymagania. Jeżeli tam są rzeczy zbyt ambitne, z których rezygnacja nie pociągnie za sobą ryzyka dla pacjenta, to z pewnością będziemy z takich wymogów rezygnowali. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Michał Szczerba (PO):

Ostatnie pytanie uzupełniające. Bardzo proszę.

Pani Maria Branicka:

Ja nie mam pytania, mam propozycję. Moje nazwisko Maria Branicka, „Nowoczesna". Pacjent, który otrzymuje skierowanie do sanatorium powinien w ciągu np. trzech dni potwierdzić, że skorzysta z tego skierowania. Dobrze by było wprowadzić takie last minute. Przy przyjmowaniu dokumentów do oczekiwania na sanatorium powinna być też ta rubryka, kto się decyduje, wtedy by się podpisał, że on się decyduje na to last minute. Może to by rozwiązało troszeczkę problem większego wykorzystania, bo ludzie nie potwierdzają, że przyjadą. Mam do czynienia z wieloma starszymi osobami, otrzymują skierowanie i z tym siedzą, jadą albo nie jadą, więc to jest problem. Nikt tego nie potwierdza wcześniej. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Michał Szczerba (PO):

Wszyscy, rozumiem, zwróciliśmy uwagę na problem tzw. niedojazdów, które wynoszą aż 10%. Rozumiem, że nawet publiczne zakłady opieki zdrowotnej wprowadziły system potwierdzania wizyt lekarskich czy też innego rodzaju świadczeń. Kompletnie dla mnie niezrozumiałe jest to, że NFZ czy poszczególne oddziały tego systemu nie wprowadziły, albo go po prostu nie praktykują, mając świadomość tej statystyki, której będziemy się „czepiać" każdego roku i ministra zdrowia, i prezesa NFZ, bo po prostu te miejsca się marnują. Są osoby w potrzebie, dzięki lecznictwu uzdrowiskowemu czy to w formie sanatoryjnej, czy szpitalnej ich jakość życia może się poprawić. Jeżeli łóżka są po prostu puste, to jest to wyzwanie, które wymaga konkretnych racjonalizatorskich działań.

I chyba, pani przewodnicząca, zamkniemy ten punkt. Dziękując panu ministrowi za pierwszą cześć, przejdziemy do drugiego punktu. Bardzo proszę.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Drugi punkt posiedzenia Komisji Polityki Senioralnej to informacja Ministra Zdrowia na temat rehabilitacji osób starszych. Bardzo proszę. Wiemy, że zaszła zmiana, poprosimy pana dyrektora Poznańskiego o przedstawienie informacji.

Zastępca dyrektora Departamentu Zdrowia Publicznego Ministerstwa Zdrowia Dariusz Poznański:

Bardzo dziękuję. Szanowna pani przewodnicząca, panie i panowie posłowie, szanowni państwo, temat rehabilitacji leczniczej, sąsiadujący w zasadzie w systemie opieki zdrowotnej z kwestią rehabilitacji uzdrowiskowej, lecznictwa uzdrowiskowego jest dla nas bardzo ważnym uzupełnieniem systemu lecznictwa i pozwala na przywrócenie pełnej lub możliwej do osiągnięcia sprawności fizycznej, psychicznej oraz poprawę jakości życia. Jest to niezwykle istotny obszar w naszej działalności, szczególnie w odniesieniu do grupy osób starszych. Nawiązując do słów pana przewodniczącego Szczerby o równości progu wiekowego 60. roku życia, to już przygotowujemy się do przedstawienia informacji, sprawozdania z realizacji ustawy o osobach starszych. Właśnie na potrzeby tego sprawozdania i dzisiejszej Komisji przygotowaliśmy informacje dotyczące dostępności i liczby świadczeń udzielanych pacjentom powyżej 60. roku życia, w których są świadczenia w zakresie rehabilitacji leczniczej. Ta liczba w sposób zauważalny w ostatnim czasie rośnie. Dostępność niemierzona wyłącznie środkami finansowymi, których proporcjonalny udział pewnie w całości środków NFZ może nie rośnie dynamicznie, ale dostępność się zwiększa, wzrasta z prawie 1750 tysięcy świadczeń udzielonych pacjentom niemal do dwóch milionów.

Jeśli chodzi o regulacje systemowe, które określają dostępność do świadczeń rehabilitacyjnych, to w odróżnieniu od kwestii lecznictwa uzdrowiskowego nie ma specjalnej ustawy, tylko zakres świadczeń gwarantowanych. Warunki ich udzielania wynikają z tzw. rozporządzenia koszykowego, czyli rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej. Jest to rozporządzenie wydawane na podstawie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej. W ramach rehabilitacji leczniczej świadczenia gwarantowane są udzielane w czterech formach organizacyjnych: w warunkach ambulatoryjnych, w warunkach domowych, w warunkach ośrodka lub oddziału dziennego rehabilitacji i w warunkach stacjonarnych. Świadczenia z zakresu rehabilitacji leczniczej obejmują m.in. fizjoterapię ambulatoryjną, rehabilitację neurologiczną, rehabilitację kardiologiczną oraz rehabilitację ogólnoustrojową. Dobór tych świadczeń jest uwarunkowany sytuacją zdrowotną danego pacjenta i rozpoznaniem.

Rehabilitacyjna porada lekarska zawiera m.in. ogólną ocenę stanu zdrowia na podstawie badania lekarskiego, skierowania na konsultacje i badania dodatkowe, ocenę aktywności ruchowej, ocenę chodu i lokomocji, zlecenie na wyroby medyczne, przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze, skierowanie na fizjoterapię i leczenie uzdrowiskowe.

Wizyta fizjoterapeutyczna obejmuje ułożenie planu zabiegów fizjoterapeutycznych, które są zgodne ze skierowaniem na rehabilitację, ocenę i opis stanu funkcjonalnego pacjenta przed rozpoczęciem rehabilitacji lub fizjoterapii, badanie czynnościowe narządu ruchu bądź inne badania kliniczne konieczne do ułożenia planu rehabilitacji, końcową ocenę i opis stanu funkcjonalnego pacjenta po zakończeniu rehabilitacji lub fizjoterapii oraz udzielenie pacjentowi zaleceń dotyczących dalszej rehabilitacji.

W ramach nieodpłatnych świadczeń gwarantowanych świadczeniodawca zapewnia pacjentowi badania diagnostyczne, leki, wyroby medyczne oraz środki pomocnicze. Wszystkim pacjentom, a zatem także osobom starszym przysługuje możliwość korzystania ze wszystkich rodzajów świadczeń w tym zakresie, tj. tych wszystkich czterech w warunkach ambulatoryjnych, domowych, dziennych i stacjonarnych. Brak jest podziału świadczeń w zależności od wieku pacjenta. Jeśli dobrze pamiętam, jest tylko jedno świadczenie, które przysługuje dzieciom, polegające na rehabilitacji wcześnie wykrytych wad rozwojowych, a w pozostałych świadczeniach kryterium wieku pacjenta nie jest żadnym warunkiem.

Tak jak mówiłem, systematycznie wzrasta liczba pacjentów powyżej 60. roku życia, którym udzielane są świadczenia w zakresie rehabilitacji leczniczej, co jest funkcją tej

dostępności i wzrostu nakładów. Najwięcej pacjentów powyżej 60. roku życia korzysta ze świadczeń fizjoterapii – z ambulatoryjnej 1100 tys. pacjentów, a z lekarskiej ambulatoryjnej opieki rehabilitacyjnej – niemal 600 tys. pacjentów.

Tematem, który ściśle wiąże się z udzielaniem świadczeń gwarantowanych polegających na rehabilitacji leczniczej jest kwestia wyrobów medycznych. W Ministerstwie Zdrowia przygotowano projekt nowelizacji ustawy refundacyjnej, która zmieni również ustawę o wyrobach medycznych. Celem projektowanej zmiany jest wprowadzenie nowego mechanizmu refundacji wyrobów medycznych, który ma rozróżnić wyroby medyczne wydawane na zlecenie i wyroby medyczne wydawane w ramach świadczeń gwarantowanych. Celem projektowanej zmiany jest również dostosowanie systemu refundacji, żeby w ramach dostępnych środków publicznych w możliwie najlepszym stopniu odpowiadał on aktualnemu zapotrzebowaniu na wyroby medyczne. Proponuje się, żeby te wyroby mogły podlegać takim samym zasadom refundacji jak leki, zatem to producenci będą składali wnioski o refundację i ustalenie urzędowej ceny. Dodatkowo zaproponowano mechanizm tzw. współpłacenia, czyli cena wyrobu zostanie wyłączona z wyceny świadczenia, a pacjent korzystający ze świadczenia gwarantowanego będzie miał możliwość wyboru i dopłacenia do ponadstandardowego wyrobu medycznego. Ten projekt ustawy został skierowany do uzgodnień, opiniowania, konsultacji publicznych, które potrwają do 25 lipca br.

W prośbie Komisji do Ministerstwa Zdrowia, jeśli chodzi o przygotowanie informacji o rehabilitacji leczniczej też nie wyczytaliśmy dokładnie intencji, jaki będzie kierunek dyskusji, zatem te informacje są na dość dużym poziomie ogólności. Nie byliśmy w stanie przedstawić państwu informacji o czasie oczekiwania na świadczenia rehabilitacyjne z uwagi na to, że świadczeniodawcy nie przekazują takich informacji w podziale na grupy wiekowe. Mamy tylko ogólną informację o czasie oczekiwania do placówek.

Jeśli chodzi o postulaty, które są kierowane do MZ w sprawie ewentualnych zmian w udzielaniu świadczeń rehabilitacyjnych, to w ostatnim czasie najczęściej się pojawia kwestia zwiększenia dostępności, skrócenia czasu oczekiwania na te świadczenia. W 2014 i 2015 r. funkcjonował zespół pod egidą ministerstwa pracy, taki okrągły stół ds. rehabilitacji osób niepełnosprawnych i opiekunów osób niepełnosprawnych. Główne kwestie i postulaty, które były poruszane, dotyczyły możliwości przedłużenia czasu trwania rehabilitacji leczniczej powyżej 120 dni. Jest taka możliwość, jeżeli lekarz kierujący danego pacjenta na świadczenie rehabilitacyjne wystosuje wniosek do dyrektora oddziału wojewódzkiego o uzasadnione i umotywowane względami medycznymi przedłużenie czasu trwania rehabilitacji. To jest jak najbardziej możliwe. Pozostałe wnioski dotyczyły zwiększenia poziomu finansowania ogólnie świadczeń rehabilitacyjnych i zwiększenia dostępności do wyrobów medycznych. Ale, jak wspominał pan minister, to nie jest do końca kwestia złej organizacji systemu czy nieadekwatnego brzmienia rozporządzenia określającego warunki udzielania świadczeń gwarantowanych, tylko w dużym stopniu funkcja środków finansowych, które ogółem ma do dyspozycji NFZ. Mamy nadzieję na poprawę w tym zakresie.

Z mojej strony, jeśli chodzi o takie ogólne informacje, to tyle i jeśli będziemy w stanie udzielić na bieżąco odpowiedzi, to jesteśmy do państwa dyspozycji.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Dziękuję bardzo, panie dyrektorze. Cieszy mnie fakt, że z roku na rok wzrasta liczba pacjentów powyżej 60. roku życia, którym zostały udzielone świadczenia w zakresie rehabilitacji leczniczej. Zdaję sobie jednak sprawę, że nie są to świadczenia, mówiąc kolokwialnie, dostępne od ręki, a ze względu na duże zapotrzebowanie istnieje okres oczekiwania na ich udzielenie. Czy znane są ministerstwu dane dotyczące długości tego okresu? Chociaż pan już tutaj wspomniał, że to jest po prostu łącznie podawane, ale może są dane, czy czas oczekiwania z roku na rok maleje, czy wzrasta? To byłaby ważna informacja. Chciałabym również dodać, że przygotowany w resorcie zdrowia projekt ustawy o zmianie refundacji leków i środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych oraz niektórych innych ustaw niewątpliwie będzie kolejnym, znaczącym krokiem w dobrym kierunku po ustawie wprowadzającej

bezpłatne leki dla osób powyżej 75. roku życia. Czekam oczywiście na dalsze informacje w tej sprawie.

Czy ktoś z państwa posłów, zaproszonych gości ma pytania do pana dyrektora? Bardzo proszę.

Stały doradca Komisji Rafał Sapuła:

Rafał Sapuła, stały doradca sejmowej Komisji Polityki Senioralnej. Pani przewodnicząca, panie dyrektorze, szanowni państwo, chciałbym zwrócić uwagę na parę problemów, które występują w medycynie rehabilitacyjnej, problemów organizacyjnych. Pierwszy, to problem rehabilitacji stacjonarnej w warunkach ogólnoustrojowych. Polskie Towarzystwo Rehabilitacji w 2012 r. składało projekt na ręce ówczesnej szefowej NFZ, który wprowadzałby jednorodne grupy pacjentów do tego typu leczenia. W praktyce sytuacja wygląda następująco: mamy takie samo finansowanie pacjenta, powiedzmy w młodym wieku z dyskopatią, jak i pacjenta po ciężkim urazie wielonarządowym, po oparzeniach, po skomplikowanych operacjach ortopedycznych, po endoprotezoplastyce, kiedy ten pacjent wymaga zdecydowanie większych nakładów czasowych, finansowych, dodatkowych badań i tak dalej, a NFZ nie rozróżnia tych grup pacjentów. Udało się wprowadzić jednorodne grupy pacjentów w rehabilitacji neurologicznej, a w rehabilitacji ogólnoustrojowej tego nie ma. Jak to wygląda w praktyce? W praktyce to wygląda tak, że duża grupa pacjentów w cięższym stanie jest po prostu dyskryminowana, bo nie jest przyjmowana na oddziały, szczególnie do niepublicznych zakładów, bo po prostu generuje większe koszty. Wprowadzenie jednorodnych grup pacjentów zdecydowanie by uprzywilejowało w rehabilitacji pacjentów wymagających rehabilitacji stacjonarnej. Uważam, że to jest zadanie numer jeden do wykonania.

Kolejna rzecz, pytanie – czy Agencja Oceny Technologii Medycznych planuje oszacowanie kosztów, realnych kosztów leczenia w oddziałach rehabilitacji, bo tu na pewno mielibyśmy jasną odpowiedź na to pytanie, ile kosztuje dany pacjent. Przy poziomie finansowania rzędu 110 zł za osobodzień, kiedy pacjentowi trzeba zapewnić opiekę lekarską, fizjoterapeutyczną, pielęgniarską, psychologiczną, wyżywienie, leki, badania – nie znam oddziału, który by porządnie leczył i byłby niezadłużony. Nie da się w takich warunkach po prostu solidnie pacjentów leczyć.

Następny problem, to poradnie rehabilitacyjne. Pan dyrektor zwrócił uwagę na to, że lekarz rehabilitacji może zlecać badania dodatkowe. Tu jest problem, ponieważ lekarska opieka ambulatoryjna włączona jest w pakiet rehabilitacyjny, a są postulaty środowiska, żeby włączyć ją do ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Ułatwiłoby to zdecydowanie dostęp pacjentów do badań diagnostycznych, przyspieszyłoby terapię i dałoby oszczędności. Dlaczego? Dlatego, że NFZ finansuje poradę. Teoretycznie pacjent do poradni rehabilitacyjnej, do lekarza powinien trafić zdiagnozowany. Najczęściej tak nie jest. Teraz stajemy przez dylematem. Powiedzmy, koszt takiej wizyty z NFZ to jest 26 pkt. po 1,95 zł, 23–24 zł. Ja jako lekarz mam dylemat, czy zlecić temu pacjentowi zdjęcie rentgenowskie, które będzie kosztowało 42 zł, czy przymknąć na to oko i albo go odesłać znowu do lekarza rodzinnego, poprosić o badanie, albo wysłać go, nie wiem, do ortopedy. To się naprawdę odbija na pacjencie. Zdecydowanie postulujemy, panie dyrektorze, aby wspomóc nas w tym, aby poradnia rehabilitacyjna trafiła do ambulatoryjnej opieki rehabilitacyjnej.

Kolejna rzecz. Nie wykorzystuje się potencjału lekarzy, diagnostycznego potencjału lekarzy rehabilitacji. Nie ma refundacji, powiedzmy, za zrobienie badania USG, za podanie iniekcji dostawowej, za zabiegi z zakresu akupunktury, za zabiegi z zakresu elektrofizjologii. To się naprawdę odbija na pacjencie. W związku z tym jest to jeden z ważniejszych elementów, który by zdecydowanie ten proces usprawnił.

Czas oczekiwania – szczególnie długi w lecznictwie ambulatoryjnym. Niestety jest taka tendencja. Jestem zwolennikiem, jak i wielu lekarzy, jednak limitowania tego typu usług, ponieważ, jak praktyka pokazuje, wielu pacjentów biega od jednego lekarza do drugiego i powstaje nadaktywność ordynowania zleceń na zabiegi. Są pacjenci, którzy 10 razy w roku korzystają z dwutygodniowej rehabilitacji, a pacjent, który rzeczywiście wymaga rehabilitacji, niestety czeka w kolejce. Uważam, że należałoby wprowadzić

pewne mechanizmy, które by to uporządkowały, skoro są limity w oddziałach rehabilitacji dziennej, nawet w leczeniu rehabilitacyjnym dzieci z ciężkimi wadami, z mózgowym porażeniem dziecięcym, przepukliną oponowo-rdzeniową, gdzie NFZ limituje te usługi, a nie limituje tej czasami rozrywkowej rehabilitacji, więc zdecydowany postulat, żeby to zmienić.

Następna rzecz – wprowadzenie do oddziałów rehabilitacji stacjonarnej możliwości nowoczesnego leczenia, leczenia pacjentów toksyną botulinową, możliwości podawania preparatów regeneracyjnych w chorobach mięśni, stawów, kwasu hialuronowego, komórek macierzystych, preparatów płytkowych. Wtedy czas leczenia pacjenta w oddziale rehabilitacyjnym byłby zdecydowanie lepiej wykorzystywany. Poza tym możliwość finansowania żywienia dojelitowego. Nawet w zakładach opiekuńczo-leczniczych jest refundowane leczenie żywieniowe, a w oddziałach rehabilitacji pacjenci po ciężkich urazach często są leczeni właśnie żywieniowo i NFZ tego nie refunduje, a są to olbrzymie koszty. Samo leczenie żywieniowe wyczerpuje całą stawkę dzienną. Poza tym należałoby w większym stopniu rozwijać rehabilitację środowiskową, szczególnie osób ze środowisk wiejskich, gdzie mają jednak tę dostępność ograniczoną.

Kolejny postulat, który wynika z funkcjonującej od kilku chyba tygodni ustawy o zawodzie fizjoterapeuty. Szczególnie środowisko geriatryczne zwraca uwagę na to, że jednak ci pacjenci po 60. roku życia ze względu na wielochorobowość powinni mieć zlecenie na rehabilitację wystawione przez lekarza. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Dziękuję bardzo, panie doktorze. Proszę bardzo, panie profesorze.

Wiceprzewodniczący Obywatelskiego Parlamentu Seniorów Janusz Szymborski:

Bardzo dziękuję. W przeciwieństwie do materiału dotyczącego uzdrowisk, ten mówiący o rehabilitacji, która jest co najmniej tak samo ważna, jest faktycznie bardzo ogólny i niestety niewiele mówi o miejscu rehabilitacji w systemie ochrony zdrowia. Fakt, że z roku na rok liczba świadczeń wzrasta, nie powinien uspokajać w sytuacji niedoboru środków, o czym tak dokładnie mówił pan minister Warczyński, a co my musimy sformułować, nie będąc ministrami, i wzmocnić w ten sposób argumentację ministra zdrowia wobec ministra finansów dotyczącą konieczności zwiększenia nakładów na ochronę zdrowia. Brak środków na system ochrony zdrowia sprawia, że cierpią nie tylko pacjenci wymagający bieżącego leczenia szpitalnego, ale cierpi profilaktyka, promocja zdrowia i właśnie rehabilitacja. Podam przykład chorób układu krążenia. Te dane są znane ministerstwu i panu dyrektorowi z całą pewnością.

Mamy rewelacyjne efekty leczenia kardiologicznego, kardiologii zabiegowej, kardiologii interwencyjnej, również u ludzi starszych, ale tylko 20% pacjentów po zawale mięśnia sercowego może liczyć na rehabilitację kompleksową w sytuacji, gdy czynniki ryzyka, które doprowadziły do tej choroby, nadal działają i rehabilitacja kompleksowa może ich oddziaływanie ograniczyć. Niestety są dane świadczące o dyskryminacji osób starszych, bo tylko 6% pacjentów powyżej 80. roku życia doświadcza kompleksowej rehabilitacji, podczas gdy 30% osób po zawale w wieku poniżej 65 lat taką rehabilitację otrzymuje. A zatem zamiast przekazywać informacje uspokajające, może warto jednak powiedzieć coś o rzeczywistości. Brak środków sprawia, że cierpi właśnie rehabilitacja i te wszystkie efekty, które uzyskujemy dzięki postępom leczenia, są czasami marnotrawione wskutek tego, że nie ma poszpitalnej, następnie ambulatoryjnej kompleksowej rehabilitacji. Na to chciałbym zwrócić uwagę, zwłaszcza w sytuacji, pani przewodnicząca, jeszcze jedno słowo, gdy należałoby przemyśleć pewne pociągnięcia, które się planuje w ramach tego systemu. Słyszymy, że mają zmniejszyć się nakłady na kardiologię interwencyjną. Niestety te pieniądze, które mają być zaoszczędzone, nie pójdą na profilaktykę kardiologiczną i na rehabilitację osób po incydentach kardiologicznych, ale na inne cele. Warto by to przemyśleć, bo niewykluczone, że najważniejszy z punktu widzenia osób starszych element rozwoju kardiologii, jakim jest brak dyskryminacji w ostatnich latach ze względu na wiek – procedurom kardiochirurgicznym poddawane są osoby 89-letnie, 90-letnie, nie ma tu żadnego problemu... Przy ograniczaniu środków na to, co przynosi takie znakomite efekty, może spowodować powrót tego, że będzie limitowane świadcze-

nie ze względu na wiek. Tego się boimy. Oczywiście zdajemy sobie sprawę z uwarunkowań finansowych, to nie są roszczenia, to są postulaty namawiające do przemyślenia całej polityki ochrony zdrowia. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Dziękuję bardzo, panie profesorze. Bardzo proszę pana dyrektora o zajęcie stanowiska, udzielenie odpowiedzi.

Zastępca dyrektora Departamentu Zdrowia Publicznego MZ Dariusz Poznański:

No cóż, trudno się nie zgodzić z panem profesorem. Ja reprezentuję Departament Zdrowia Publicznego. Dla nas kluczowa jest kwestia profilaktyki chorób układu krążenia, nowotworów, tych problemów zdrowotnych, którym na pewno możemy zapobiegać i kwestia przywracania sprawności osobom, które doświadczyły różnych problemów zdrowotnych, z punktu widzenia zdrowia publicznego. Ażeby mieć jednak zapewnienie środków przeznaczonych na profilaktykę, promocję, edukację itd., udało nam się przeprowadzić w ub.r. skutecznie ustawę o zdrowiu publicznym, tak że jest odpowiedź systemowa na tę kwestię. Można oczywiście dyskutować, czy te środki, które są przewidziane, i narzędzia będą możliwie najlepsze, ale to będziemy w najbliższym czasie wdrażać już po przyjęciu Narodowego Programu Zdrowia.

Cały czas rozmawiamy głównie o pieniądzach i faktycznie można się zastanawiać, czy wzrost finansowania i to, że jesteśmy w stanie zapewnić opiekę dla 200 tys. pacjentów, to jest dobrze czy źle. Pan doktor słusznie podnosił postulat, że są osoby, które istotnie korzystają z tych świadczeń bardzo intensywnie, co niekoniecznie zawsze jest uzasadnione i w relacji do potrzeb innych pacjentów niekoniecznie jest to wyważone. Z drugiej strony wiemy, że każde ograniczenie dostępności do świadczeń, jakieś „bramkowanie” dostępu nie spotyka się z pozytywną reakcją. Wiemy też, że wszystko można próbować zasypywać pieniędzmi, ale jest jakaś granica tej racjonalności.

Jeżeli chodzi o postulaty wdrożenia bardziej nowoczesnych elementów czy możliwości dodatkowego rozliczania np. żywienia dojelitowego na oddziałach rehabilitacyjnych, to tę kwestię rozważymy z NFZ. Zwrócimy się też z pytaniem do prezesa, jakie są losy wniosku dotyczącego wprowadzenia jednorodnych grup pacjentów w rehabilitacji ogólnoustrojowej, bo tej informacji nie mam, ale przekażemy stanowisko ministerstwa i NFZ w tym temacie.

Zanotowałem sobie kwestie bardziej szczegółowe, bo to nie jest sprawa tylko naszego departamentu w MZ, ale różnych regulacji dotyczących choćby ustawy o fizjoterapeutach. Wymaga to konsultacji z innymi departamentami, których dzisiaj z nami nie ma, więc jeśli pani przewodnicząca pozwoli, to przekazalibyśmy szczegółowe odpowiedzi w terminie późniejszym pisemnie lub ustnie.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Dziękuję bardzo panu dyrektorowi. Stwierdzam, że Komisja przyjęła informacje do wiadomości. Dziękuję przedstawicielom Ministerstwa Zdrowia, przedstawicielom Ministerstwa Skarbu Państwa, posłom, zaproszonym gościom. Informuję, że protokół posiedzenia z załączonym pełnym zapisem jego przebiegu będzie do wglądu w sekretariacie Komisji. Dziękuję państwu bardzo.

Zamykam dyskusję i posiedzenie.